



**QUYẾT ĐỊNH VỀ SỰ BẤT LỰC TRÊN PHƯƠNG DIỆN Y KHOA**  
**MEDICAL DISABILITY DECISION**  
DSHS 14-144A(X)

**CHỈ DẪN**

Mẫu Quyết Định Về Sự Bất Lực Trên Phương Diện Y Khoa, DSHS 14-144A(X), là một báo cáo về sự bất lực của một thân chủ, bằng chứng y khoa, và lý lịch về việc đi làm được gửi cho Cơ Quan Xác Định Sự Bất Lực - Disability Determination Service (DDS) để xác định sự bất lực trên phương diện y khoa.

Nhân Viên Cơ Quan khởi sự mẫu DSHS 14-144A(X). Nhân Viên Cơ Quan phải doan chắc rằng tên Nhân Viên, Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) và số điện thoại được ghi trên mẫu.

**LUU Ý NHÂN VIÊN CƠ QUAN:** Gởi bản chính cho DDS và cất vào hồ sơ dịch vụ khi được gửi trả lại.

1. Nhân Viên Cơ Quan điền phần đầu trang để cho thấy tên, số an sinh xã hội (SSN), và tình trạng làm bất lực của thân chủ.
2. Nhân Viên Cơ Quan có thể giúp thân chủ điền Phần I - Chi Tiết Về Tình Trạng Của Quý Vị. Ngày không cần đúng nhưng phải có tháng và năm.
3. Nhân Viên Cơ Quan có thể giúp thân chủ điền Phần II - Chi Tiết Về Hồ Sơ Y Tế Của Quý Vị. Điều quan trọng là phải nhận định các y sĩ và các nơi chữa trị, càng đầy đủ càng tốt.
4. Nhân Viên Cơ Quan có thể giúp thân chủ điền Phần III - Chi Tiết Về Các Sinh Hoạt Của Quý Vị. Nhân Viên Cơ Quan phải xem lại tin tức để doan chắc rằng các giới hạn của thân chủ được nhận định rõ rệt.
5. Nhân Viên Cơ Quan có thể giúp thân chủ điền Phần IV - Chi Tiết Về Học Vấn Của Quý Vị. Phải ghi lại nếu các lớp học ở trường là các lớp của Giáo Dục Đặc Biệt.
6. Nhân Viên Cơ Quan có thể giúp thân chủ điền Phần V - Chi Tiết Về Các Công Việc Quý Vị đã làm. Không nên ghi các sở làm riêng rẽ, chỉ ghi loại kinh doanh.



BÁO CÁO TÀN PHẾ  
QUYẾT ĐỊNH VỀ SỰ BẤT LỰC TRÊN PHƯƠNG DIỆN Y KHOA  
DISABILITY REPORT  
MEDICAL DISABILITY DECISION

Mẫu này do một cán sự dịch vụ xã hội điền trong một cuộc phỏng vấn với đương đơn hoặc đại diện của đương đơn. **Xin viết chữ in, đánh máy hoặc viết rõ rệt và trả lời tất cả các mục theo sự hiểu biết của quý vị.** Hãy trả lời tất cả các câu hỏi. **Điền đủ các câu trả lời sẽ giúp cho việc xác định đơn đòi.** Nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời bất cứ câu hỏi nào trong mẫu này, xin đính kèm thêm giấy rời.

1. TÊN HỌ ĐƯƠNG ĐƠN	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG) ( )
4. TÌNH TRẠNG NÀO LÀM QUÝ VỊ BẤT LỰC? NÓI VĂN TẮT VỀ THƯỜNG TÍCH HOẶC BỆNH TẬT KHIẾN QUÝ VỊ NGUNG LÀM VIỆC.		

**PHẦN 1. TIN TỨC VỀ TÌNH TRẠNG CỦA QUÝ VỊ**

1. Ngày đầu tình trạng của quý vị làm phiền quý vị là ngày nào? \_\_\_\_\_ THÁNG \_\_\_\_\_ NGÀY \_\_\_\_\_ NĂM \_\_\_\_\_ CÓ  KHÔNG
- 2A. Quý vị có làm việc sau ngày ghi nơi mục 1 trên đây không? Nếu trả lời không, xin qua mục 3A. và 3B dưới đây.
- 2B. Nếu quý vị trả lời có cho 2A., tình trạng của quý vị có làm cho quý vị thay đổi:
- Việc làm của quý vị hay công việc của việc làm ấy không? .....    
Giờ làm việc của quý vị không? .....    
Sự hiện diện của quý vị không? .....    
Điều gì khác về việc làm của quý vị không? .....
- 2C. Nếu quý vị đã trả lời có cho bất cứ mục nào của 2B., hãy giải thích các thay đổi hoàn cảnh làm việc của quý vị là gì, các ngày xảy ra, và tình trạng của quý vị đã như thế nào để cần các sự thay đổi ấy:

- 3A. Đến khi nào thì tình trạng của quý vị làm quý vị nhưng làm việc? \_\_\_\_\_ THÁNG \_\_\_\_\_ NGÀY \_\_\_\_\_ NĂM \_\_\_\_\_
- 3B. Giải thích tình trạng của quý vị như thế nào mà làm quý vị không làm việc được:

**PHẦN 2. TIN TỨC VỀ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CỦA QUÝ VỊ**

1. Ghi phần sau đây về bác sĩ đã có hồ sơ y khoa cuối cùng liên quan đến tình trạng làm quý vị bất lực:		<input type="checkbox"/> <b>Đánh dấu nơi đây nếu đương đơn KHÔNG có bác sĩ.</b>
TÊN BÁC SĨ	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KỂ CẢ SỐ VÙNG) ( )	BAO LÂU THÌ QUÝ VỊ ĐI BÁC SĨ MỘT LẦN?
ĐỊA CHỈ		NGÀY <u>ĐẦU</u> TIỀN QUÝ VỊ ĐI BÁC SĨ NÀY
BỆNH HOẶC THƯỜNG TÍCH MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HOẶC CHỮA TRỊ		NGÀY <u>SAU CÙNG</u> QUÝ VỊ ĐI BÁC SĨ NÀY

LOẠI TRỊ LIỆU HOẶC CÁC THUỐC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC (NHƯ GIẢI PHẪU, HÓA HỌC TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ VÀ CÁC THUỐC QUÝ VỊ DÙNG ĐỂ CHỮA BỆNH HOẶC THƯỜNG TÍCH, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CHỮA TRỊ HOẶC KHÔNG CÓ THUỐC, VIẾT KHÔNG CÓ).

**PHẦN 2. TIN TỨC VỀ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CỦA QUÝ VỊ (TIẾP THEO)**

2. Từ khi tình trạng làm quý vị bất lực, quý vị có khám bác sĩ nào khác không?  Có  Không

**Nếu có, trả lời phần sau.**

TÊN BÁC SĨ	3. SỐ ĐIỆN THOẠI (KÊ CẨ SỐ VÙNG) ( )	BAO LÂU THÌ QUÝ VỊ ĐI BÁCSĨ MỘT LẦN?
ĐỊA CHỈ	NGÀY <u>ĐẦU TIÊN</u> QUÝ VỊ ĐI BÁC SĨ NÀY	
BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HOẶC CHỮA TRỊ	NGÀY <u>SAU CÙNG</u> QUÝ VỊ ĐI BÁC SĨ NÀY	

LOAI TRỊ LIỆU HOẶC CÁC THUỐC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC (NHƯ GIẢI PHẪU, HÓA HỌC TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ VÀ CÁC THUỐC QUÝ VỊ DÙNG ĐỂ CHỮA BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CHỮA TRỊ HOẶC KHÔNG CÓ THUỐC, VIẾT KHÔNG CÓ).

**Nếu quý vị đã đi thêm các bác sĩ khác kể từ khi bị bệnh hoặc thương tích này, hãy đính kèm các trang rời với tin tức ghi trên.**

3. Quý vị có nhập bệnh viện hoặc được chữa trị tại một bệnh xá vì tình trạng làm bất lực không?  Có  Không

**Nếu có, trả lời phần sau.**

TÊN BỆNH VIỆN HOẶC BỆNH XÁ	ĐỊA CHỈ
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ	
Quý vị có là bệnh nhân nội trú không (ít nhất đã ở lại một đêm)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có là bệnh nhân ngoại trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, quý vị đã đi khám những ngày nào?</b>
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ	SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ
BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HOẶC CHỮA TRỊ	

LOAI TRỊ LIỆU HOẶC CÁC THUỐC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC (NHƯ GIẢI PHẪU, HÓA HỌC TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ VÀ CÁC THUỐC QUÝ VỊ DÙNG ĐỂ CHỮA BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CHỮA TRỊ HOẶC KHÔNG CÓ THUỐC, VIẾT KHÔNG CÓ).

4. Nếu quý vị đã ở trong bệnh viện hoặc bệnh xá khác vì bệnh hoặc thương tích của quý vị, hãy trả lời phần sau:  Có  Không

**Nếu có, trả lời phần sau.**

TÊN BỆNH VIỆN HOẶC BỆNH XÁ	ĐỊA CHỈ
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ	
Quý vị có là bệnh nhân nội trú không (ít nhất đã ở lại một đêm)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có là bệnh nhân ngoại trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, quý vị đã đi khám những ngày nào?</b>
SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ	SỐ BỆNH NHÂN HOẶC BỆNH XÁ
BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯỢC KHÁM HOẶC CHỮA TRỊ	

LOAI TRỊ LIỆU HOẶC CÁC THUỐC ĐÃ NHẬN ĐƯỢC (NHƯ GIẢI PHẪU, HÓA HỌC TRỊ LIỆU, PHÓNG XẠ VÀ CÁC THUỐC QUÝ VỊ DÙNG ĐỂ CHỮA BỆNH HOẶC THƯƠNG TÍCH, NẾU BIẾT. NẾU KHÔNG CHỮA TRỊ HOẶC KHÔNG CÓ THUỐC, VIẾT KHÔNG CÓ).

**PHẦN 2. TIN TỨC VỀ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CỦA QUÝ VỊ (TIẾP THEO)**

Nếu quý vị đã năm bệnh viện hoặc bệnh xá vì bệnh hoặc thương tích của quý vị, hãy ghi tên, địa chỉ, số của bệnh nhân xá hay bệnh xá, ngày và lý do nơi Phần 6. hoặc dính kèm thêm các trang giấy rời.

5. Trong năm qua, quý vị có bất cứ thí nghiệm nào dưới đây không? Hãy đánh dấu ô thích hợp dưới đây và trả lời "có" của quý vị, cho biết cuộc thí nghiệm đã được thực hiện ở đâu và khi nào.

THÍ NGHIỆM	CÓ	KHG	LÀM TẠI ĐÂU	LÀM KHI NÀO
Điện tâm đồ (Electrocardiogram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp hình phổi (Quang Tuyến X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chụp Quang Tuyến X khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thở hơi thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thủ máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thí nghiệm khác (ghi rõ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Nếu quý vị có thẻ Medicaid, số thẻ của quý vị là gì: \_\_\_\_\_

**PHẦN 3. TIN TỨC VỀ CÁC SINH HOẠT CỦA QUÝ VỊ**

1. Bác sĩ có bảo quý vị giảm bớt hay giới hạn các hoạt động dưới bất cứ hình thức nào không?  Có  Không  
Nếu có, cho biết tên bác sĩ và họ bảo quý vị giảm bớt hay giới hạn các hoạt động như thế nào.
2. Mô tả các sinh hoạt hàng ngày của quý vị trong các lãnh vực sau đây và ghi rõ quý vị làm điều ấy bao nhiêu lâu và bao nhiêu lâu làm một lần.
- Làm việc nhà (gồm cả việc nấu nướng, lau chùi, đi mua sắm và các việc vặt trong nhà)
  - Các sinh hoạt giải trí và các thú vui (săn bắn, câu cá, bowling, leo núi, chơi nhạc cụ, v.v.)
  - Giao thiệp (thăm bạn bè, thân nhân, hàng xóm)
  - Sinh hoạt khác (lái xe, xe gắn máy, đi xe buýt, v.v.)

**PHẦN 4. TIN TỨC VỀ HỌC VẤN CỦA QUÝ VỊ**

1. Quý vị học hết lớp nào cao nhất? \_\_\_\_\_ Năm nào? \_\_\_\_\_
2. Quý vị có đi học nghề hoặc trường huấn nghệ hoặc được huấn luyện chuyên môn về bất cứ loại nào không?  Có  Không  
Nếu có, trả lời phần sau.

LOẠI HỌC NGHỀ, HUẤN NGHỆ HOẶC HUẤN LUYỆN	CÁC THỜI GIAN UỐC CHÙNG QUÝ VỊ ĐÃ ĐI HỌC
VIỆC ĐI HỌC HOẶC HUẤN LUYỆN ĐÃ GIÚP NHƯ THẾ NÀO TRONG BẤT CỨ VIỆC LÀM NÀO CỦA QUÝ VỊ	

**PHẦN 5. TIN TỨC VỀ VIỆC QUÝ VỊ ĐÃ LÀM**

1. Liệt kê tất cả các công việc quý vị đã làm trong 15 năm qua trước khi quý vị ngưng đi làm, Bắt đầu bằng công việc thông thường của quý vị. Có nghĩa là việc nào quý vị làm lâu nhất. Nếu học vấn của quý vị đến lớp 6 hoặc thấp hơn, VÀ đã chỉ làm việc lao động không cần chuyên môn trong 35 năm hoặc lâu hơn, hãy liệt kê tất cả các việc quý vị đã làm kể từ khi quý vị bắt đầu đi làm. Nếu cần thêm chỗ để viết, xin dính kèm giấy rời hoặc dùng Phần 6.

TÊN VIỆC LÀM	LOẠI KINH DOANH	TỪ	ĐẾN	SỐ NGÀY MỖI TUẦN	GIÁ BIỂU LUỒNG (MỖI GIỜ, NGÀY, TUẦN, THÁNG, HOẶC NĂM)

2A. Trong công việc thông thường của quý vị kể trên, quý vị có:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Dùng máy móc, đồ nghề hoặc trang cụ bất cứ loại nào không? | CÓ                       | KHÔNG                    |
| Dùng đến sự hiểu biết hoặc năng khiếu kỹ thuật không?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Viết lách, điền báo cáo hoặc làm các việc tương tự không?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Có trách nhiệm giám sát không?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2B. Giải thích tất cả các câu trả lời có bằng cách mô tả đầy đủ: các loại máy móc, đồ nghề, hoặc trang cụ quý vị đã dùng và đúng công việc gì quý vị đã làm; sự hiểu biết và năng khiếu kỹ thuật liên hệ; loại viết lách quý vị đã làm, và tính chất của bất cứ báo cáo nào; và số người quý vị đã giám sát và mức độ giám sát của quý vị.

2C. Mô tả loại và số lượng sinh hoạt thể chất trong công việc thông thường của quý vị trong một ngày tiêu biểu bằng cách đánh dấu câu trả lời nào đúng nhất dưới đây.

- |                                       |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Quý vị đã làm bao nhiêu giờ một ngày: | Đi?                        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| Đứng?                                 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |                            |
| Ngồi?                                 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |                            |

- |                          |  |  |                                       |                                     |                                    |
|--------------------------|--|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Hàng ngày quý vị thường: | Cúi?                                   | <input type="checkbox"/> Không bao giờ | <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng | <input type="checkbox"/> Rất thường | <input type="checkbox"/> Luôn luôn |
| Với?                     | <input type="checkbox"/> Không bao giờ | <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng  | <input type="checkbox"/> Rất thường   | <input type="checkbox"/> Luôn luôn  |                                    |

Nâng và mang: mô tả nâng cái gì và mang đi bao xa?

Vật nặng nhất quý vị đã nâng lên là bao nhiêu?

- |                                  |                                  |                                  |                                   |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 lbs. | <input type="checkbox"/> 20 lbs. | <input type="checkbox"/> 50 lbs. | <input type="checkbox"/> 100 lbs. |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

Trên 100 lbs.

Trong lượng quý vị thường nâng lên và mang đi là bao nhiêu?

- |   |   |   |                                       |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nặng đến 10 lbs. | <input type="checkbox"/> Nặng đến 25 lbs. | <input type="checkbox"/> Nặng đến 50 lbs. | <input type="checkbox"/> Trên 50 lbs. |
|---|---|---|---------------------------------------|

**PHẦN 6. GHI CHÚ**

1. Dùng phần này làm thêm chỗ để trả lời các câu hỏi trước. Dùng cả chỗ này để cho biết thêm chi tiết mà quý vị nghĩ là sẽ giúp trong việc quyết định về đơn khai tình trạng bất lực của quý vị (như chi tiết về các bệnh hoặc thương tích khác không được liệt kê trước đây.)

CÓ      KHÔNG

2. Đương đơn có nói tiếng Anh không? Nếu không, họ nói tiếng gì? .....
3. Đương đơn có cần được giúp đỡ trong việc xúc tiến đơn của họ không? .....    
Nếu có, cho tên, sự liên hệ và số điện thoại của người muốn giúp đương đơn.
4. Đương đơn (hoặc đại diện của đương đơn) có sẵn sàng tiếp điện thoại mà không gặp trở ngại về ngôn ngữ, khả năng phát âm hoặc lâng tai không? .....
5. Đánh dấu các khó khăn dưới đây, được nhận thấy trong lúc phỏng vấn đương đơn.

- |                               |                               |   |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Đọc  | <input type="checkbox"/> Viết | <input type="checkbox"/> Trả lời các câu hỏi    | <input type="checkbox"/> Nghe |
| <input type="checkbox"/> Ngồi | <input type="checkbox"/> Hiểu | <input type="checkbox"/> Dùng tay               | <input type="checkbox"/> Thở  |
| <input type="checkbox"/> Xem  | <input type="checkbox"/> Di   | <input type="checkbox"/> Khó khăn khác (ghi rõ) |                               |

Nếu bất cứ mục nào trên đây được đánh dấu, mô tả rõ rệt sự khó khăn liên hệ:

6. Mô tả toàn diện đương đơn (thí dụ như tặng người, chiều cao, cân nặng, tính tình, bất cứ khó khăn nào thêm vào hoặc bổ túc cho các điều ghi trên):